

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1941

N°

164

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Alfred QUÉMÉNEUR

Né le 5 Juillet 1912 à Morlaix (Finistère)

L'hypothyroïdisme spontané

Président : DALOUS, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1941

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1941

No

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Alfred QUÉMÉNEUR

Né le 5 Juillet 1912 à Morlaix (Finistère)

L'hypothyroïdisme spontané

Président : DALOUS, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1941

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERAY
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER ... Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREG (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARDParasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimen-
 tale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
 HUGNENIN ... Anatomie Pathologique.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.



IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
LAROCHE (G.)..		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SEZARY			

MM

ECALLE	Clinique obstétricale
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon frère MICHEL

Décédé aux armées - 1940.

A MA FEMME

*Ma compagne d'études, à qui il m'est cher
d'exprimer ma tendresse.*

A MON PERE ET A MA MERE

*A qui je suis heureux de témoigner mes sen-
timents de reconnaissance et de profonde
affection.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR

A MON FRERE, LE DOCTEUR JEAN QUEMENEUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur DALOUS
Professeur de Clinique Médicale,
à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Qui nous a fait le très grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
En hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE NANTES

Stage :

Monsieur le Professeur Henri LERAT, *in memoriam*.

Monsieur le Professeur BRELET.

Externat :

Monsieur le Professeur P. Gabriel SOURDILLE.

Monsieur le Docteur THIBAUT, *in memoriam*.

Monsieur le Professeur GAUDUCHEAU.

Monsieur le Docteur POUMIER.

Monsieur le Professeur FAVREUL.

Monsieur le Professeur LEROUX.

En témoignage de ma reconnaissance

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES, ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS.

A mon camarade le Docteur DANIEL,
du 2^e Régiment d'Infanterie Coloniale, 3^e Bataillon.

INTRODUCTION

Depuis que les chirurgiens se sont attaqués à la thérapeutique des goîtres basedoviens, on a pu constater à la suite l'apparition de phénomènes cliniques traduisant la carence sécrétoire de la thyroïde. On a donc créé un état physiopathologique d'insuffisance thyroïdienne, — le myxoedème post-opératoire. D'autre part et beaucoup plus tôt nous avons connu le myxoedème que nous appellerons désormais le myxoedème spontané et dont l'apparition est liée aux lésions dégénératrices de la glande.

Nous ne pouvons pas affirmer que le syndrome myxoedemateux soit spécifiquement thyroïdien. Nous connaissons, en effet, la collaboration étroite de toutes les glandes endocrines et les relations des glandes avec le système nerveux.

Nous nous proposons d'étudier seulement le myxoedème spontané et son retentissement sur l'organisme et nous croyons que si à l'heure actuelle, il est difficile de démontrer cette collaboration étroite, l'effet du myxoedème sur le système nerveux, sur le psychisme, sur le métabolisme calcique démontrent l'existence de ce lien.

HISTORIQUE

C'est en 1873 que GULL publie la première description complète de l'insuffisance thyroïdienne et indique les signes majeurs : cachéxie progressive, état crétinoïde et tuméfaction spéciale de la peau. Le terme de myxoedème a été créé par ORDT en 1877, en décrivant l'accumulation de mucine dans les téguments.

CHARCOT, en 1879, appelle le myxoedème spontané la cachexie pachydermique, puis d'autres auteurs, BOURNEVILLE et OLLIER SAINT LAGER et COMBES ont décrit le myxoedème infantile et ont complété l'étude de la maladie.

L'étude plus poussée du myxoedème est due aux chirurgiens. Ils ont établi la relation entre la maladie et les troubles qui apparaissent après l'ablation de la thyroïde. En 1882, REVERDIN attira l'attention sur les conséquences de l'opération et sur l'identité des troubles observés avec ceux du myxoedème spontané. C'est à eux qu'est dû le terme de myxoedème post-opératoire.

Enfin, KOCHER fixa la symptomatologie et l'évolution de la maladie qui sont restés classiques.

ETUDE CLINIQUE

Le terme de myxoedème traduit l'infiltration tissulaire par la substance mucoïde. Quelle que soit la cause de l'altération du corps thyroïde les signes de ces syndromes restent identiques. La symptomatologie varie suivant la gravité de l'insuffisance et c'est surtout l'âge qui crée la différence dans la symptomatologie.

Chez les jeunes, la glande contrôle la croissance et exerce une action morphogène. Son action s'épuise à l'adolescence et chez l'adulte, enfin elle joue un rôle dans le métabolisme et dans les fonctions organiques. Plus l'individu est jeune et plus les troubles de développement morphologique sont accusés. De cette façon, tous les systèmes sont frappés d'arrêt ou d'un ralentissement relatif.

L'aspect d'un nourrisson présentant un myxoedème est caractéristique.

Là tête est souvent plus large, la fontanelle est plus largement ouverte que ne le comporte l'âge. Les cheveux sont rares, durs, cassants et présentent des petites plaques d'alopécie.

L'infiltration cutanée est localisée au niveau du front et des paupières. La peau du visage est pâle, légèrement cyanosée, et c'est la couleur de la peau avec l'infiltration qui produisent l'aspect classique d'un myxoedémateux.

La bouche de l'enfant est constamment ouverte laissant écouler la salive. La langue, qui pend hors de la bouche, est hypertrophiée. Elle est à la fois élargie et épaissie. Souvent la mère de l'enfant vient consulter à cause de cette macrolossie, l'enfant présentant de la difficulté de l'alimentation. Les muqueuses sont infiltrées de la même manière que la langue. L'existence des végétations adénoïdes est excessivement fréquente chez les nourrissons myxoedémateux. Elles gênent la respiration, et sont souvent le point de départ d'infections aiguës parfois mortelles pour ces organismes en état de moindre résistance.

Les membres sont courts, présentant une hypotonie musculaire ; le thorax est évasé à sa base, l'abdomen distendu à cause de l'atonie musculaire.

On note la persistance des cartilages de conjugaison, et la soudure retardée des épiphyses des os longs.

Les troubles du développement du système nerveux créent l'idiotie myxoedémateuse et dans les formes infantiles plus tardives, une arriération mentale.

Le petit malade est figé dans l'immobilité, indifférent, sans pleurs ni sourires, au langage difficile et reste primitif.

Quand à l'appareil génital, les troubles laissent les organes génitaux rudimentaires, et on note l'absence des poussées pubérales et l'absence d'apparition des caractères sexuels secondaires.

Chez l'adulte, on constate une inertie de toutes les fonctions physiques et mentales, ainsi que la diminution générale de l'excitabilité du système neuro-végétatif.

Le malade se présente avec un facies bouffi, paupières oedémateuses, nez élargi et langue hypertrophiée. Ses membres sont augmentés de volume avec cyanose marquée des mains et des pieds. On trouve l'infiltration dure de tous les tissus. La peau est sèche, squameuse et jaunâtre. Les altérations des phanères consistent dans la chute des cheveux, des sourcils, des poils publiens et axillaires.

Le psychisme de ces malades est profondément troublé : ils sont insensibles aux excitations, toujours somnolents, indifférents et atteints d'une diminution de la mémoire et des réactions affectives.

Leur parole est lente et monotone. La diminution de leur activité psychique va de pair avec celle des fonctions musculaires. Ils manifestent une maladresse et une lenteur des mouvements qui s'accompagnent d'une lassitude et d'une faiblesse des membres inférieurs. Ils sont souvent hypotendus. La fréquence de l'hyperthermie, de la frilosité et de la sensation du froid aux extrémités traduisent un ralentissement des oxydations, d'où la diminution du métabolisme basal.

Nous constatons que les perturbations dans l'organisme dépendent surtout du moment de l'apparition du myxoedème.

Le myxoedème congénital entraîne l'athyroïdisme vrai, ils restent des nains et des idiots.

Le myxoedème infantile débute quand l'enfant a réalisé déjà une partie de son développement. Il conserve donc une taille et un état psychique suffisants, mais leur développement intellectuel ultérieur s'arrête, et les caractères sexuels secondaires ne se développent pas.

Le myxoedème de l'adulte est une conséquence d'une infection aiguë ou chronique, lésions syphilitiques, toxoinfection générale, bien qu'il ne soit pas toujours facile de mettre en évidence l'étiologie précise. L'aspect clinique de l'insuffisance thyroïdienne tardive ne présente pas la même richesse symptomatique comme chez l'enfant, car les modifications frappent des sujets dont le développement général et psychique est déjà effectué.

Les organes de ces malades sont plutôt modifiés dans leur fonction que dans leur aspect. Ce qui rend difficile le diagnostic précoce, c'est l'évolution lente et progressive de la maladie. Le déficit sécrétoire et les troubles cliniques restent atténués de telle sorte qu'on a pu individualiser les formes frustes de l'hypothyroïdie. Les perturbations peuvent prédominer sur tel ou tel appareil en créant des formes dissociées ou bien partielles de l'insuffisance thyroïdienne.

Chez les uns prédominent les signes physiques du myxoedème : la face est élargie et épaissie, les paupières lourdes, le nez épaté, les oreilles augmentées de volume, les cheveux et les sourcils raréfiés et les téguments présentent une infiltration oedémateuse et une sécheresse caractéristique.

Chez les autres prédominent les signes d'atteinte intellectuelle, avec torpeur, perte de la mémoire, apathie physique et une incapacité à l'effort.

Chez d'autres encore peuvent prédominer les troubles subjectifs, comme la sensation de froid continuelle, les crampes, les arthralgies rebelles.

Une forme curieuse est celle de l'association des signes d'hyper et d'hypothyroïdisme. On peut observer

chez les mêmes malades succéder d'un jour, d'une semaine, ou d'un mois à l'autre des troubles de l'hyper et hypofonctionnement thyroïdien. Nous ne parlerons des cas où sous l'influence d'une thérapeutique iodée ou thyroïdienne le myxoedème succède à une maladie de Basedow.

Il y a déjà des statistiques qui démontrent que le crétinisme n'apparaît jamais à titre isolé et qu'il est l'apanage exclusif des pays à goitre. Ce fait indique que le crétinisme se rattache à l'hypothyroïdie. De QUERVAIN et WEGELIN comparent le crétinisme aux troubles liés à l'absence congénitale totale ou partielle du corps thyroïde. En effet, on ne trouve jamais un corps thyroïde normal chez les crétins. Plusieurs facteurs étiologiques peuvent exister à la base de ces phénomènes ; l'hypothyroïdie des parents où les éléments du pays. Le tableau clinique du crétinisme endémique est en tous points semblable à celui de l'hypothyroïdisme.

On distingue, quant à l'état de la glande, deux formes du myxoedème.

Le myxoedème sans goitre : dans cette forme, la glande thyroïde est atrophiée précocement et très souvent en totalité. Cliniquement cette forme est très grave et rappelle celle de l'athyroïdie congénitale. Les malades sont des nains atteints d'altérations osseuses et épiphysaires graves des membres auxquels s'ajoute une déficience psychique très prononcée.

La deuxième est celle du crétinisme avec goitre : dans cette forme on constate une légère sécrétion, peu active et altérée, c'est pour cela que les myxoedémateux goitreux ne présentent pas les signes d'insuffisance thy-

roïdienne au complet. Les formes où les déformations squelettiques sont prédominantes, sont rares. Ils sont de taille sensiblement normale. Par contre, leurs facultés intellectuelles sont très atteintes.

Les lésions squelettiques au cours de l'hypothyroïdisme méritent d'être décrites plus longuement. Tout myxoedème s'accompagne d'un retard évolutif d'autant plus marqué que le sujet est plus jeune. La radiologie montre un retard dans l'apparition des noyaux d'ossifications, dans l'ossification des cartilages de conjugaison, dans la soudure des épiphyses et des os plats. Les cartilages de conjugaison sont plus minces que normalement, de consistance fibreuse. On constate une faible prolifération cellulaire dans le cartilage sérié.

L'ossification se fait de façon irrégulière, par plages isolées dans un cartilage rempli de lacunes comblées de substance mucoïde. Expérimentalement, la thyroïdectomie chez l'animal jeune reproduit les modifications squelettiques constatées plus haut.

Inversement, l'utilisation d'extrait thyroïdien permet une correction de ces troubles. Le retentissement chez les adultes de l'hypothyroïdisme sur le système osseux se traduisent par l'hypercalcification. Il semble que l'insuffisance thyroïdienne puisse provoquer une rétention de calcium et entraîner une surcharge minérale du squelette.

Nous allons citer quelques observations concernant le myxoedème et son retentissement sur l'organisme des sujets jeunes et adultes.

OBSERVATIONS

Obs. N° 1 Service Docteur Lesné.

G.. Louise, âgée de 4 mois, est entrée à la crèche de l'hôpital Trousseau le 29 décembre 1934, décédée le 13 janvier 1935. Antécédents héréditaires : grand-mère paternelle syphilitique, père hérédo-syphilitique a été traité pour syphilis. Mère soignée à Sens pendant la grossesse pour anémie et fatigue. B. W. négatif. Un autre enfant né à huit mois est décédé à l'âge de 2 mois. Antécédents personnels : né à terme, pèse à la naissance 3 kg. 500, nourri au biberon depuis la naissance. Il a été mis pendant 15 jours au lait condensé, un mois au lait de vache, depuis 2 mois et demi, Blédine. L'enfant s'alimente mal.

29 décembre 1924 : entre dans le service à l'âge de 4 mois, poids 3 kg. 300. T. 37°.

Aspect hypotrophié ; peau fine gardant le pli ; très grosse langue, sourcils peu fournis, cheveux normaux, lobules des oreilles adhérents, mains normales, hernie ombilicale. Présence de végétations adénoïdes. Examen oto-rhino-laryngologique. Poumon : râles de bronchite. Cœur, foie, rate, normaux. Petits ganglions inguinaux. L'enfant tête très mal, chaque tétée dure 3/4 d'heure.

Examen chimique du sang :

lipides totaux : 6 %

Cholestérol : 1 gr. 25 p. 1000

Urée : 0 gr. 85.

L'enfant est mis au traitement thyroïdien, thyroxine per os : 2 gouttes.

7 janvier 1935, numération globulaire :

globules rouges, diamètre norm. 1 900 000

globules blancs 10 000

réaction de Kahn ///

Calmette massif /

Hecht : sérum inactif.

Traitement : frictions mercurielles, thyroxine : 4 gouttes per os.

9 janvier 1935 : T. 41°, râles d'oedème pulmonaire aux deux bases. Traitement : bains, sérum glucosé. Poids : 2 kg. 800.

13 janvier 1935 : mort.

Autopsie : Le corps thyroïde, atrophié, a pu être prélevé. Il présentait des lésions histologiques : il était constitué par des petits groupes d'acinis très serrés, les uns contre les autres, très aplatis pour la plupart, ou constituant des petites vésicules vides. Ces groupes d'acinis constituent des lobules séparés par des larges bandes de sclérose dans lesquels s'observent des petits îlots cellulaires inflammatoires. Cette sclérose semble se disposer autour des vaisseaux. Elle n'est pas seulement péri-lobulaire, elle pénètre au sein des lobules thyroïdiens pour séparer les uns des autres, en maints endroits, des plages très petites de parenchyme thyroïdien ou des vésicules isolées. Il s'agit donc d'une thyroïdite interstitielle et parenchymateuse avec sclérose envahissante. Ce sont des lésions comparables à celles que l'on trouve dans le myxoedème acquit du grand enfant et de l'adulte.

Obs. N° 2

Léa D..., née avant terme le 22 mars 1906. Sa mère faillit avorter, après un traumatisme assez important au début de la grossesse. L'enfant est née de façon normale et a été

confiée immédiatement à une nourrice. Pendant les premiers mois de son existence, elle a semblé tout à fait normale. A l'âge d'un an sa mère a été frappée de son enbonpoint, de sa petite taille, de la bouffissure de son visage. Elle fut à ce moment enlevée à sa nourrice et confiée à ses parents.

Au cours de la deuxième année de son existence, le caractère de son état apparaît de plus en plus évident ; l'enfant ne grandit guère, elle est énorme, sans vie, sans gaieté, sans appétit, elle ne marche pas et ne parle pas.

A 2 ans sa taille est de 0 m. 62 et elle n'a que 6 dents. Son ventre est volumineux, ses téguments infiltrés, sa langue grosse, par contre, les cheveux fins et soyeux font l'admiration de tous, et les yeux ne sont pas absolument inexpressifs.

Justement alarmée par l'état de sa fille, la mère consulte un médecin qui pose le diagnostic de myxoedème congénital et prescrit l'ingestion du corps thyroïde cru du mouton au rythme suivant : $1/4$ de lobe pendant 3 jours de suite, 5 jours de repos et ainsi de suite.

Ce traitement nouvellement appliqué pendant 2 mois entraîne une amélioration évidente. La mère fait admettre son enfant à l'hôpital de Bordeaux. Elle y séjourne 2 mois ; pendant le temps qu'elle avait été négligée ou traitée différemment, le progrès acquis disparaît presque complètement, la mère reprend son enfant et recommence le traitement qu'elle avait précédemment appliqué.

Dès lors, de 2 à 8 ans, l'enfant suit toujours de façon régulière le même traitement ; on donne d'abord $1/4$ de lobe, puis $1/2$ lobe, et cela 3 jours sur 8.

Au début de la grande guerre, la mère se procurant très difficilement du corps thyroïde, remplace celui-ci par des extraits desséchés. L'enfant prend d'abord 0 gr. 05, ensuite 0 gr. 10 et 0 gr. 20, tantôt 3 jours, tantôt 5 à 6 jours sur 8. De temps à autre, quand c'est possible, la mère remplace les cachets par la glande fraîche, qu'elle juge plus active. Celle-

ci à la fin de la guerre, fut une fois mal tolérée, et depuis ce temps là, la malade n'usa plus que d'extraits desséchés. De 2 à 26 ans, le traitement a été assuré avec une parfaite vigilance. Ces dernières années, il fut peut-être moins ponctuel. La malade s'est mariée, échappant à la surveillance attentive de sa mère, et en plus on lui a conseillé des traitements pluri-glandulaires avec des prescriptions thyroïdiennes sans doute insuffisantes.

La première ingestion du corps thyroïde cru a donné des effets immédiats. 2 heures après, l'enfant aurait été prise d'une « petite crise convulsive » suivie d'un sommeil profond. Au sortir de celui-ci, la mine souriante, le regard plus vif de l'enfant, qui fit ses premiers pas dans la soirée, aurait frappé vivement l'entourage.

Au bout d'un mois et demi, l'enfant avait maigri et grandi d'un centimètre $1/2$; elle avait accompli un important progrès. Un arrêt intempestif du traitement fit disparaître ces progrès.

Ceux-ci se manifestent de nouveau, avec la reprise de l'opothérapie.

L'enfant, au cours des premières années de traitement, et bien que restant d'une taille bien inférieure à la normale, gagne en moyenne 1 cm. par mois.

A 2 ans $1/2$, elle répète les mots entendus. A 3 ans, elle commence à parler véritablement. A 6 ans elle connaît toutes les lettres et les chiffres, lit en épelant et récite des monologues. A 6 ans $1/2$, elle lit couramment. A 7 ans, elle écrit.

Elle mènera, d'ailleurs, comme on verra plus loin, une existence scolaire absolument normale. La puberté s'installe à 13 ans. Depuis l'âge de 17 ans, la malade est employée au Crédit Lyonnais.

En mars 1937, à l'âge de 31 ans, la malade est sans traitement thyroïdien depuis plus de 6 semaines et a vu réapparaître, de ce fait, quelques troubles inhabituels, notamment une légère infiltration cutanée dont on peut constater l'absence sur des photographies récentes.

Elle est de petite taille et d'aspect courtaud. Le front est bas et plat, le visage un peu arrondi, les tibias nettement incurvés.

Les téguments sont un peu infiltrés en certaines régions ; la fente palpebrale est diminuée par la tuméfaction des paupières, les joues sont un peu empâtées ; une infiltration discrète et dure, prenant à peine le godet, occupe la partie supérieure du dos, les cuisses et les jambes ; ces dernières sont d'une pâleur blafarde. Les creux sus-claviculaires sont presque comblés par un empatement diffus. Les téguments enfin sont refroidis et secs, particulièrement au niveau des extrémités et surtout aux membres inférieurs. Les cheveux sont suffisamment abondants, mais très secs ; les sourcils sont bien fournis ; les poils pubiens et axillaires sont normaux, ayant poussé dès l'âge de 13 ans.

La malade a été réglée à l'âge de 13 ans ; ses règles ont été irrégulières et douloureuses jusqu'à l'âge de 16 ans ; elles se sont ensuite régularisées presque complètement, sauf dans les périodes où le traitement a été relâché, jusqu'à l'âge de 26 ans, époque de son mariage. A ce moment, elles sont redevenues irrégulières et douloureuses. La malade n'a jamais été enceinte ; son mariage n'a duré que 9 mois. Il ne semble pas qu'il faille rendre responsable un état de frigidité de la part de la malade. L'appareil génital externe est normal. Les seins sont peu développés, de consistance molle.

L'appétit est bon, nettement stimulé par l'opothérapie. La malade se plaint souvent de digestion pénible. La langue est augmentée de volume ; elle précise que lorsqu'elle abandonne quelque temps le traitement, elle est gênée par sa langue empâtée pour parler. La malade compte actuellement 30 dents. L'abdomen est pâle, non saillant et mou. Foie et rate normaux. Auscultation pulmonaire normale. La gorge normale, la malade a subi à 9 ans l'ablation des amygdales et des végétations. Les bruits du cœur sont bien frappés, électro-cardiogramme normal. Il existe une légère hypotonie musculaire.

Au point de vue psychique, les résultats sont remarquables, puisque cette malade, après avoir mené une vie scolaire normale, gagne maintenant sa vie comme employée de banque et se suffit à elle-même. Elle a suivi l'école depuis l'âge de 6 ans. Ses études, prétend-elle, ont été assez difficiles, sa mémoire était médiocre. Elle a cependant passé son certificat d'étude à l'âge de 13 ans, son brevet élémentaire à 16 ans, son diplôme de fin d'études à 17 ans. Depuis l'âge de 17 ans, elle travaille comme employée de banque où elle était affectée de façon successive à différents services. Si on l'en croit, ces diverses mutations l'ont amenée à une tâche de plus en plus facile. En réalité, le travail qu'elle accomplit exige une attention soutenue et une certaine initiative. La malade nous a remis, écrit de sa main, une auto-observation précise et détaillée où ses impressions sont parfaitement analysées ; ces quelques pages sont d'un style et d'une orthographe correctes et témoignent d'une mémoire fidèle. Elle aime le dessin, la musique et la lecture sérieuse et instructive de préférence. Par contre, elle n'est pas très adroite pour la couture et les travaux manuels. En général, d'ailleurs, elle est lente de compréhension et d'exécution. Son humeur est plutôt triste, méfiante ; elle est véritablement obsédée par la crainte d'être inférieure aux autres, et cette hantise l'amène à sous-estimer tout ce qu'elle fait. Un mariage malheureux a encore contribué à la replier sur elle-même.

Antécédents familiaux : parents bien portants ; une tante serait goitreuse et une cousine germaine, fille de cette tante, serait atteinte depuis peu d'insuffisance thyroïdienne.

Antécédents personnels : ablation des amygdales et des végétations, scarlatine, rubéole.

TRAITEMENT

Nous avons décrit le traitement médical de l'hypothyroïdisme dans les deux observations plus haut citées. Plus récent, le traitement chirurgical retiendra notre attention. Car si la chirurgie a des possibilités modestes pour influencer les troubles déficitaires, les travaux nombreux et fort intéressants ont tracé une voie pour les investigations futures concernant non seulement l'hypothyroïdisme, mais les insuffisances glandulaires en général. Nous voulons parler de greffes.

La chirurgie cherche l'amélioration de la fonction thyroïdienne soit en enlevant le tissu goitreux, soit en visant à restaurer sa capacité sécrétoire, soit enfin en créant un organe glandulaire nouveau par greffes.

Il peut paraître illogique d'enlever une partie de la glande au cours d'un syndrome myxoedémateux, car on peut craindre une aggravation du déficit thyroïdien. Mais on peut incriminer la tumeur à l'origine des troubles sécrétoires et en pratiquer l'ablation.

L'ablation des goîtres trouve sa justification dans les modifications post-opératoires de ces malades qui, porteurs d'un goitre, présentent des signes d'insuffisance thyroïdienne, frilosité, oedème des extrémités, apathie léger abaissement du métabolisme basal.

Quand on observe ces malades après l'opération, on constate la disparition de l'oedème de la face et des extrémités et souvent une poussée très nette des cheveux et des sourcils. Le retour du métabolisme basal à la normale est fréquemment noté.

Les malades eux-mêmes insistent sur les bienfaits de l'intervention qui leur a permis de retrouver une activité nouvelle, ils sont plus vifs, la fatigue disparaît, ils sont rajeunis en quelque sorte.

Il est difficile de préciser le mécanisme d'action de l'ablation du goitre sur l'amélioration clinique observée.

Il est logique de penser que la strumectomie libère le parenchyme restant de l'action néfaste exercée par la tumeur qui le refoule et en perturbe les qualités sécrétoires et que le tissu glandulaire restant est capable par la suite de régénération progressive.

Certains auteurs, se basant sur la fréquence de lésions goitreuses localisées, associées à des signes hypothyroïdiens, admettent à l'origine de ce myxoedème non un manque de sécrétion normale, mais l'existence d'une sécrétion viciée et d'un produit nocif élaboré par la glande; ils expliquent par la suppression de cette action pathogène les améliorations données par l'intervention et, partant de ce fait, n'hésitent pas à conseiller des thyroïdecatomies larges et radicales comme traitement du myxoedème consécutif aux lésions goitreuses.

La question de l'ablation de la tumeur thyroïdienne ne se pose que pour la variété du crétinisme avec goitre. De QUERVAIN qui est intervenu chez environ 200 malades, pense qu'il ne faut pas reculer devant les sacrifices d'une portion importante de tissu goitreux, car il s'agit de tis-

sus privés de fonction ou à fonctionnement vicié qu'on peut enlever sans crainte. Il a étudié le retentissement de ces ablations de goître sur les troubles somatiques et psychiques des crétins, et il conclut de façon générale que la strumectomie n'a pas de répercussion évidente sur les facultés mentales de crétins : rarement il a eu à déplorer une aggravation du déficit intellectuel par augmentation de l'insuffisance thyroïdienne, parfois, au contraire, il a noté une amélioration sensible de l'état cérébral.

LERICHE a cherché à augmenter le pouvoir sécrétoire d'une glande endocrine en augmentant la circulation de celle-là.

C'est une voie nouvelle ouverte dans la thérapeutique chirurgicale des syndrômes endocriniens déficitaires. Ainsi qu'il le fait remarquer, le problème des insuffisances hormonales est obscur. Nous connaissons mal les variations anatomiques et histologiques qui les conditionnent, le seuil séparant la sécrétion normale de la sécrétion insuffisante, les conditions mêmes de ce déséquilibre qu'il est difficile d'attribuer à une perte d'activité de la glande plutôt qu'à un défaut d'apport de matériaux nécessaires à l'élaboration de la sécrétion. Dans ces conditions, il est logique de supposer qu'à une augmentation de l'activité circulatoire peut répondre une amélioration de la fonction glandulaire.

Il a fait les essais en s'adressant à la sympathectomie cervicale et il a obtenu des résultats encourageants.

Les autres auteurs, partant du principe que toute ligature faite en aval des artères provoque dans leur territoire vasculaire une augmentation de la circulation,

ont utilisé cette méthode dans les états hypothyroïdiens de l'homme.

Ce principe doit être retenu, car il semble logique de rendre la capacité fonctionnelle à une glande qui présente des connexions vasculaires et nerveuses normales.

La dernière intervention due aux travaux de SCHIFF et liée à la découverte du myxoedème opératoire, est celle de la greffe thyroïdienne. Les travaux expérimentaux de KOCHER PAYR et CRISTIANI confirment les données expérimentales que la greffe thyroïdienne chez l'animal peut s'adapter et garder une certaine vitalité.

Partant de ces données expérimentales, les transplantations thyroïdiennes ont été effectuées en chirurgie humaine.

Nous n'insisterons pas sur la technique des greffes thyroïdiennes qui a prêté à discussion quant au choix du greffon, de son lieu d'implantation et de la préparation du transplant.

Nous pouvons dire seulement que, d'après les travaux récents, le succès de l'opération dépend pour une grande part de l'âge du donneur. Le plus souvent la thyroïde est prélevée sur des enfants nouveaux-nés, morts accidentellement.

Les résultats cliniques obtenus chez l'homme ne sont pas identiques aux résultats obtenus chez l'animal. Dans l'espèce animale, la glande thyroïde est plus apte à la greffe. Nous ne pouvons pas expliquer ce fait. D'après LERICHE, l'insuccès partiel de cette technique révolutionnaire est dû à ce qu'on a créé une glande en miniature, sans vitalité, du fait de sa vascularisation et de ses connexions lymphatiques absentes et enfin de son indépendance du système nerveux.

Il est difficile qu'une glande privée de ses systèmes de commande puisse acquérir une fonction glandulaire normale et utile.

PORTUGALOW, 1929, rapporte l'observation d'une autre malade opérée par BOGORAS suivant la même technique et suture vasculaire à l'artère épigastrique de l'artère, d'un lobe thyroïdien réséqué pour goitre chez une autre malade. Cette femme de 55 ans présentant un myxoedème opératoire typique après thyroïdectomie totale pour cancer, présente, après une amélioration manifeste, une récurrence de signes myxoedémateux.

Une seconde greffe est pratiquée à l'endroit de la première pour se rendre compte de l'état du tissu thyroïdien déjà transplanté : microscopiquement, on ne pouvait en distinguer aucune trace et aucune formation glandulaire ne fut retrouvée au microscope.

MADUREIRA, 1928, chez une fillette de 8 ans, atteinte de myxoedème infantile, crétine, ne parlant et ne marchant pas, greffe un fragment thyroïdien de singe. L'enfant commence à marcher, grandit de 7 centimètres et ébauche quelques paroles.

DIEZ ULLOA et MALDONADO, 1931, dans une hypothyroïdie congénitale chez un enfant de 3 ans, essayant d'abord un traitement opothérapique qui donne une nette amélioration suivie de retour à l'aspect initial avec la cessation du traitement substitutif. Ils greffent alors dans le cou deux tranches d'un adénome toxique ; malgré la cessation du traitement médical, ils observent une amélioration manifeste ; mais l'enfant ne fut suivi que durant 7 mois.

Comme il en résulte de ces quelques brèves observations, l'action bienfaisante reste toujours limitée et incomplète. La greffe diminue l'intensité des troubles thyroïdiens, mais il persiste toujours des signes de myxoedème et elle s'avère toujours incapable de ramener, même momentanément, un équilibre endocrinien total. Souvent même son action ne semble pas pas supérieure à celle de la thérapeutique substitutive, extraits thyroïdiens ou thyroxine. Cette opothérapie, d'ailleurs, a souvent été continuée chez les sujets soumis à la greffe(si bien qu'il est difficile de faire la discrimination entre la valeur respective de deux thérapeutiques, médicale et chirurgicale.

CONCLUSIONS

— Nous ne connaissons pas l'intimité des corrélations glandulaires, mais nous soupçonnons qu'aucune manifestation glandulaire n'est individuelle comme le démontrent les perturbations dans le métabolisme calcique et les connexions avec les phanères, avec le système nerveux et le psychisme.

— Le traitement qui a fait jusqu'à présent ses preuves est indiscutablement le traitement opothérapique ; le succès dépend de sa précocité et de sa continuité.

— Le traitement chirurgical de l'hyperthyroïdisme spontané est efficace dans le crétinisme avec goitre.

Dans les autres cas, les procédés chirurgicaux n'ont pas donné des résultats définitifs et probants.

— Dans les cas du crétinisme précoce nous pouvons modifier la morphologie des sujets, mais ils restent toujours des arriérés intellectuels et physiques. Par contre, l'insuffisance glandulaire acquise tardivement réagit favorablement à la thérapeutique hormonale ou aux greffes chirurgicales.

Vu, le Président de Thèse : DALOUS

Vu, le Doyen : GORSE

Vu et permis d'Imprimer :

le Recteur de l'Académie de Toulouse : DELTEIL

BIBLIOGRAPHIE

- Abel et Herman.* — Revue méd. de l'Est, 1923, p. 304.
- Andria.* — Gazetta internaz. di Méd. et Chir. 30 juin 1932.
- Bérard et Peycelon.* — Jour. de Chir., nov. 1929, p. 585-602.
- Blumgart, Gargill et Gilligan.* — Jour. of Clin. invest. 1930, vol. VIII, p. 91.
- Bogoras.* — Cent. fur. Chir. 11 déc. 1926, t. LIII, n° 50, p. 3155.
- Bourneville.* — Arch. de Neurologie, 1886, p. 292.
- Carlet-Soulages.* — Thèse Paris 1932.
- Charrière.* — Thèse, Paris, 1907.
- Combe.* — Rev. méd. de la Suisse rom. 1897, p. 60, 163, 255 et 362.
- Cristian.* — 1^{re} conf. intern. du goitre, Berne, 1927, p. 107.
- Gautier.* — Thèse, Lyon, 1899-1900.
- Hilarowicz et Michalowski.* — Cent. fur. Chir. 8 oct. 1932, t. LXX, p. 2457.
- Jeandelize.* — Thèse, Nancy, 1902.
- Kohn.* — Thèse, Paris, 1923.
- Leriche.* — Lyon chirurgical, 1920, p. 109.
- Leriche.* — Revue de Chir. 1937, p. 75.
- Mussio Fournier.* — Encéphale 1933, p. 45 et 137.
- Neumann.* — Arch. f. Gyn. mars 1937.
- De Quervain et Wegelin.* — Le crétinisme endémique, Berlin, 1936.
- Ramond.* — Presse méd. 4 mars 1933, n° 18.
- Silberberg.* — Arch. of Pathology, 1934, t. XVII, p. 381.
- Thurman et Thompson.* — Arch. Int. Méd. 1930, p. 879.
- Willot.* — Thèse, Paris, 1937.

